

	<p align="center">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-97 , fax. 55 230-41-50 e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl , http://www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl/</p>	<p>Nr sprawy: ZP/9/2019</p>
Przetarg nieograniczony na dostawy obłożeń operacyjnych, odzieży ochronnej - jednorazowego użytku		

Załącznik nr 1

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

Nazwa:
Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
Adres:
82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35

WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

1.	Nazwa: POLMIL SP. Z O.O. SKA		
	NIP: 554 292 22 01		REGON:341477838
	Województwo: KUJAWSKO-POMORSKIE		
	Miejscowość: BYDGOSZCZ		Kod pocztowy: 85758
			Kraj: POLSKA
	Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): UL.PRZEMYSŁOWA 8B 85 758 BYDGOSZCZ		
	E-mail: DZP@POLMIL.PL		Tel.: 523486832
	Adres internetowy (URL): WWW.POLMIL.PL		Faks: 52 348 68 24
Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem*			<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Nazwa:		
J.W.		
Województwo:		
J.W.		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Kraj:
J.W.	J.W.	J.W.
Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): J.W.		
Tel:J.W.	Faks:J.W.	E-mail:J.W.

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/9/2019 na dostawy obłożeń operacyjnych, odzieży ochronnej - jednorazowego użytku**, dla Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35, składamy ofertę na:

Pakiet nr 6 (proszę wpisać numer oferowanego pakietu w zakresie od 1 do 18) - powtarzać w razie potrzeb)

Wartość oferty netto 7 998,00 Słownie SIEDEM TYSIĘCY DZIEWIĘCSET DZIEWIĘCDZIESIĄT OSIEM ZŁOTYCH 00/100

Wartość oferty brutto 8 637,84 Słownie OSIEM TYSIĘCY SZEŚĆSET TRZYDZIEŚCI SIEDEM ZŁOTYCH 84/100

W tym kwota podatku VAT zł: 639,84

Oferowany termin dostawy 2 DNI (do 2 dni, 3 dni, 4 dni) [Parametr podlega ocenie]

1. Oświadczamy, że zawarte w warunkach umownych Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia zaproponowane przez Zamawiającego warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.

~~2. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:~~

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy

3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór Umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Składając ofertę wykonania zamówienia oświadczamy, że:
- zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu przy udziale podwykonawców do zawarcia umów z podwykonawcami, zgodnie z postanowieniami art. 143a – 143d ustawy Prawo zamówień publicznych
6. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan MARTYNA MILECKA-LISEWSKA telefon kontaktowy 52 348 68 32
7. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan PREZES ZARZĄDU-JACEK MILECKI (wpisać nazwisko, funkcję)
8. Wyrażamy zgodę na przekazywanie przez Zamawiającego oświadczeń, wniosków, zawiadomień i informacji faksem lub drogą elektroniczną oraz zobowiązujemy się, na żądanie Zamawiającego, do niezwłocznego potwierdzania faktu ich otrzymania.

Adres e-mail, na który należy kierować przekazywane oświadczenia, wnioski, zawiadomienia i informacje:

numer faksu: 52 348 68 24 adres e-mail: DZP@POLMIL.PL

9. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

numer faksu: 52 348 68 24 adres e-mail: REALIZACJE@POLMIL.PL

10. Wpłata wadium:

Przedkładamy potwierdzenie wniesienia wadium w wysokości: 272,00 zł

Słownie DWIEŚCIE SIEDEMDZIESIĄT DWA ZŁOTE 00/100 .zł

w formie PRZELEWU

W przypadku zwrotu wadium prosimy o przekazanie go na rachunek Wykonawcy

Nr 18 1160 2202 0000 0003 5787 2571

w banku BANK MILLENIUM S.A.

11. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²

BYDGOSZCZ dnia 02-04-2019

Podpisano podpisem elektronicznym

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

² W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).